STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 61402
18 november 2016

Regeling Transparantieregeling zorgaanbieders ggz

Vastgesteld op 1 november 2016
REGELING NR/REG-1731

Ingevolge de artikelen 38, leden 4 en 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van de informatievoorziening van zorgaanbieders.

Artikel 1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) leveren als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Met dien verstande dat:
– Artikel 4 niet van toepassing is op zorgaanbieders die enkel crisis ggz leveren. Zij zijn uitgezonderd van de verplichting tot het publiceren van wachttijden.
– Artikel 5 niet van toepassing is op zorgaanbieders die volgens de overgangsregeling 18-/18+[1]zijn uitgezonderd van het hebben van een kwaliteitsstatuut.

Artikel 2. Doel

Deze regeling beoogt de beschikbaarheid van informatie voor de (potentiële) cliënt en de verwijzer te vergroten. Door het verplicht publiceren van de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg worden de cliënt en verwijzer geïnformeerd over de wachttijd tot aan de intake en de start van de behandeling. Door de verplichte publicatie van het, door de zorgaanbieder opgestelde, kwaliteitsstatuut wordt de (potentiële) cliënt geïnformeerd over de wijze waarop de zorgverlening bij de zorgaanbieder is georganiseerd.

Artikel 3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:
a. *Zorgaanbieder:* de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 van deze regeling.
Waar in deze regeling wordt gesproken van zorgaanbieder wordt tevens gedoeld op degene die een administratie voert als bedoeld in artikel 44, van de Wmg.
b. *Actuele situatie:* de derde beschikbare mogelijkheid in de agenda voor het maken van een afspraak.
c. *Retrospectieve wachttijd:* de gemiddelde gerealiseerde wachttijd van de laatste twee maanden.
d. *Aanmeldingswachttijd:* het aantal weken tussen het moment dat een cliënt of verwijzer een eerste afspraak maakt bij een zorgaanbieder voor een intakegesprek, tot het moment dat de cliënt hiervoor bij de zorgaanbieder terecht kan. Voor de bepaling van de aanmeldings-wachttijd wordt gekozen voor de actuele situatie.
e. *Behandelingswachttijd:* het aantal weken tussen de intake en de start van de behandeling. De behandelingswachttijd is de retrospectieve wachttijd van de laatste twee maanden voor alle behandelingen bij de vestigingslocatie(s) van de zorgaanbieder.
f. *Vestigingslocatie:* locatie waar geestelijke gezondheidszorg wordt geleverd.
g. *Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg:* geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, behalve de generalistische basis-ggz en crisis ggz. Dit omvat behandeling al dan niet gepaard met verblijf.
h. *Generalistische basis-ggz:* geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, niet zijnde gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.
i. *Hoofddiagnosegroep:* DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in 14 hoofddiagnosegroepen; aandachtstekort-en gedrag, pervasief, overige kindertijd, delirium dementie en overig, alcohol, overige aan een middel, schizofrenie, depressie, bipolair en overig, angst, restgroep diagnoses, persoonlijkheid, somatoforme & eetstoornis. Wanneer in deze regeling verwezen wordt naar de hoofddiagnosegroep wordt de gestelde werkdiagnose bedoeld.
j. *Treeknorm:* de maximaal aanvaardbare wachttijd waarbinnen de cliënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar deze tijdigheidsnorm te borgen voor zijn verzekerden.[2]

[1] Deze overgangsregeling is overeengekomen door veldpartijen en opgenomen in het openbare Register van het Zorginstituut. Te raadplegen via www.zorginzicht.nl.
[2] Zie hierover 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars ZVW' (TH/BR-018).

k. *Kwaliteitsstatuut:* het statuut opgesteld door de zorgaanbieder. Dit moet voldoen aan het model kwaliteitsstatuut ggz, dat geregistreerd is in het openbare Register van het Kwaliteitsinstituut.[3]
l. *Het format:* het format dat door het veld, aan de hand van het model kwaliteitsstatuut ggz, is ontwikkeld en overeengekomen[4]. Het doel van dit format is de zorgaanbieder een structuur te geven die hij/zij nader uitwerkt tot een overzichtelijk en allesomvattend kwaliteitsstatuut, dat in lijn is met het model kwaliteitsstatuut ggz.
m. *Kwaliteitsinstituut:* het instituut, als onderdeel van Zorginstituut Nederland, dat zich richt op het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland.
n. *Plaatsen op de website:* de informatie kan zowel zelfstandig op de website staan als op de website geplaatst zijn in een los document.
o. *Schriftelijk:* zowel op papier als digitaal, bijvoorbeeld via email of een brochure.

Artikel 4. Verplichtingen – publiceren wachttijden

1. De zorgaanbieder publiceert voor iedere vestigingslocatie de volgende informatie op zijn website[5]:
   a. De aanmeldingswachttijd.
   b. De behandelingswachttijd, indien hier sprake van is. Als de zorgaanbieder (ook) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg levert en voor de behandeling van (een) bepaalde hoofddiagnosegroep(en) een langere wachttijd is dan de wachttijd voor behandeling van de overige hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert, dan moet dit expliciet vermeld worden. Als er géén sprake is van een behandelingswachttijd of als de behandelingswachttijd voor de hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert niet onderling verschilt, dan moet dit expliciet vermeld worden.
   c. Een uitleg wanneer wachttijden mede afhankelijk zijn van de zorgverzekeraar waar de cliënt verzekerd is. Indien dit het geval is dan wordt de wachttijd voor cliënten van die betreffende zorgverzekeraar vermeld. Dit geldt voor zowel de aanmeldingswachttijd als de behandelingswachttijd. Als de wachttijd niet afhankelijk is van waar de cliënt verzekerd is, dan moet dit expliciet vermeld worden.
   d. De datum van de laatste actualisatie van de getoonde wachttijden.
   e. De volgende tekst: 'Wanneer u de wachttijd te lang vindt, kunt u altijd contact opnemen met de zorgaanbieder, of uw zorgverzekeraar vragen om wachtlijstbemiddeling. Uw zorgverzekeraar kan u ondersteunen, zodat u binnen 4 weken vanaf uw eerste contact met een zorgaanbieder een intake gesprek krijgt, en dat binnen 10 weken vanaf de intake, de behandeling is gestart. Dit zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk zijn overeengekomen (de treeknormen).'

2. Voor publicatie van de wachttijden worden deze omgerekend naar hele weken door naar boven af te ronden.

3. Het is toegestaan om de wachttijden van vestigingslocaties te clusteren tot een enkele wachttijd wanneer verschillende vestigingslocaties zich bevinden binnen één gemeente (of deelgemeente) of wanneer vestigingslocaties van een aanbieder zich in verschillende gemeentes, maar op maximaal tien kilometer afstand van elkaar bevinden.

4. De gegevens op de website moeten minimaal 1 keer per maand worden geactualiseerd tussen de eerste en de tiende dag van de maand.

5. Wanneer de zorgaanbieder geen website heeft of de (potentiële) cliënt of verwijzer geen toegang heeft tot internet, wordt de wachttijd-informatie, zoals beschreven in dit artikel, op verzoek van eenieder direct mondeling of schriftelijk verstrekt.

Artikel 5. Verplichtingen – publiceren kwaliteitsstatuut

1. De zorgaanbieder plaatst zijn kwaliteitsstatuut op zijn website.

2. Wanneer de zorgaanbieder geen website heeft of op verzoek van eenieder, wordt het kwaliteitsstatuut door de zorgaanbieder aan eenieder schriftelijk verstrekt.

[3] Te raadplegen via www.zorginzicht.nl
[4] Er is een format voor vrijgevestigden en een format voor instellingen. Beiden zijn gepubliceerd op de website van het Zorginstituut, www.zorginzicht.nl.
[5] Zie voor een schematische weergave de tabel in de toelichting.

Artikel 6. Intrekking oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling ‘regeling publicatie wachttijden ggz’, met kenmerk NR/CU-557, ingetrokken.

Artikel 7. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2017. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling kan worden aangehaald als: ‘Transparantieregeling zorgaanbieders ggz’.

Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

TOELICHTING

Om een (potentiële) cliënt of een verwijzer goed inzicht te geven in wat hij / zij kan verwachten en om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor een zorgaanbieder is informatie nodig. Om ervoor te zorgen dat de informatie transparant en zo eenduidig mogelijk openbaar wordt gemaakt is onderliggende transparantieregeling voor zorgaanbieders in de ggz ontwikkeld. Daarnaast is en blijft de 'algemene' beleidsregel 'Transparantie zorgaanbieders' ook van toepassing op ggz zorgaanbieders. Hierin zijn bijvoorbeeld verplichtingen opgenomen over het informeren van (potentiële) cliënten over (mogelijke) eigen betalingen.

In onderliggende regeling zijn de verplichtingen opgenomen over de informatie die de website van een zorgaanbieder in de ggz minimaal moet bevatten. Dit betreft (1) de verplichting tot het publiceren van de wachttijden en (2) de verplichting tot het publiceren van het kwaliteitsstatuut. De verplichting tot het publiceren van de wachttijden bestaat voor een deel van de ggz-aanbieders al sinds 2010 en is voor de overige ggz-aanbieders sinds 2016 verplicht. Deze verplichting vloeide voort uit de regeling 'publicatie wachttijden ggz'[6]. Om voor een zorgaanbieder zo inzichtelijk mogelijk te maken welke informatie zijn/haar website minimaal moet bevatten is er voor gekozen de verplichtingen uit de regeling 'publicatie wachttijden ggz' over te hevelen naar onderliggende regeling.

Hieronder volgt een korte toelichting over de totstandkoming van deze twee verplichtingen en daarna een artikelsgewijze toelichting.

(1) Achtergrondinformatie publiceren van wachttijden

Vanaf 2010 zijn zorgaanbieders binnen de ambulante gespecialiseerde ggz verplicht wachttijden op hun website te plaatsen. Deze regeling is destijds tot stand gekomen op basis van definities en afspraken gemaakt in de 'Werkgroep Wachttijden', waarin ggz Nederland, LPggz, VWS, RIVM, ZN, NVZ, NFU, OMS en NZa vertegenwoordigd waren. Het hoofddoel van deze verplichting is de beschikbaarheid van keuze-informatie voor de cliënt en de verwijzer. Als iedere zorgaanbieder de wachttijden op eenzelfde wijze berekent en publiceert, zijn deze transparant en onderling vergelijkbaar voor de cliënt. Alle zorgaanbieders in de ggz (basis ggz en gespecialiseerde ggz en zowel intramuraal als extramuraal) moeten hun wachttijden publiceren, zodat de cliënt, ongeacht waar hij/zij geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen, inzicht heeft in de wachttijden. Naast informatie over de wachttijden moet de zorgaanbieder ook verplicht algemene informatie, ter aanvulling op de keuze-informatie voor de cliënt en verwijzer, op zijn website te plaatsen.

(2) Achtergrondinformatie publiceren van het kwaliteitsstatuut

In het in 2015 gepubliceerde rapport van de commissie 'Hoofdbehandelaarschap GGZ'[7] is o.a. het advies uitgebracht de verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de regiebehandelaar en mede-behandelaren vast te leggen in een kwaliteitsstatuut. Dit statuut fungeert als kwaliteitseis op basis waarvan zorgverzekeraars kwalitatief verantwoorde ggz kunnen inkopen. Ook kunnen zorgaanbieders hierin laten zien hoe zij de zorg voor hun cliënten hebben georganiseerd en zijn daarop ook aanspreekbaar.

Het hebben, registreren en naleven van het kwaliteitsstatuut is vanaf 1 januari 2017 een wettelijke verplichting. Per 1 januari 2017 moeten alle aanbieders in de ggz[8] op basis van het model een eigen kwaliteitsstatuut hebben opgesteld en zijn geregistreerd bij het Kwaliteitsinstituut. Deze verplichting vloeit voort uit artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). In dit artikel is bepaald dat de zorgaanbieder goede zorg aan moet bieden, dat onder andere inhoudt dat de zorg moet voldoen aan de professionele standaard opgenomen in het openbare Register op www.zorginzicht.nl en de transparantiekalender van het Zorginstituut[9]. In het openbare Register is hiervoor het model kwaliteitsstatuut opgenomen, dat door veldpartijen is ontwikkeld en overeengekomen. Daarnaast zijn door het veld formats ontwikkeld die nader ingevuld worden door de zorgaanbieder om zo tot een gedegen en inzichtelijk kwaliteitsstatuut te komen, dat in lijn is met het model kwaliteitssta-

[6] kenmerk NR/CU-557.
[7] 'Hoofdbehandelaarschap ggz als noodgreep' – Commissie Hoofdbehandelaarschap ggz (d.d. 18 mei 2015).
[8] Zorgaanbieders die in de overgangsregeling 18-/18+ worden uitgezonderd van het hebben van een kwaliteitsstatuut zijn logischerwijs ook uitgezonderd van de verplichting tot het publiceren van het kwaliteitsstatuut. De overgangsregeling 18-/18+ is door veldpartijen overeengekomen en opgenomen in het openbare register van het Zorginstituut.
[9] Volgens art. 66b Zvw houdt Zorginstituut Nederland een openbaar register bij waarin een professionele standaard of meetinstrument kan worden opgenomen. Specifiek voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg is als onderdeel van het Zorginstituut het Kwaliteitsinstituut opgericht.

tuut. Het model en de formats zijn overeengekomen door de veldpartijen en vormen de veldnorm waaraan ieder kwaliteitsstatuut moet voldoen.

De verplichting tot het publiceren van het kwaliteitsstatuut, zoals volgt uit deze regeling, is bedoeld om voor eenieder inzichtelijk te maken wat er in het kwaliteitsstatuut staat. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan het verschaffen van duidelijkheid over waarop de partijen en in de eerste plaats de (potentiële) cliënten bij de zorgverlening mogen rekenen.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Alle zorgaanbieders die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg leveren onder de Zorgverzekeringswet moeten er voor zorgen dat zij voldoen aan de verplichtingen uit deze regeling. De verplichtingen gelden dus voor alle zorgaanbieders die gespecialiseerde ggz en/of basis ggz leveren, zowel ambulant als intramuraal.

– Zorgaanbieders die enkel crisis ggz leveren zijn uitgezonderd van de verplichting tot het publiceren van de wachttijden, zoals omschreven in artikel 4. Reden hiervoor is dat het bij crisis ggz gaat om opname/behandeling op zeer korte termijn en hier dus geen sprake zal zijn van een wachttijd zoals bedoeld in deze regeling.
– Om de continuïteit van behandelen te borgen, voor de doelgroep die gedurende zijn/haar behandeling 18 jaar wordt en daarmee van de Jeugdwet wordt overgedragen naar de Zorgverzekeringswet, is door het veld de overgangsregeling 18-/18+ overeengekomen. Zorgaanbieders die volgens deze regeling zijn uitgezonderd van het hebben van een kwaliteitsstatuut kunnen deze logischerwijs niet publiceren en zijn dan ook uitgezonderd van de verplichting als bedoeld in artikel 5.

Artikel 2

Het doel van deze regeling is dat alle zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg de (potentiële) cliënt op een heldere en transparante wijze informeren over wat zij kunnen en mogen verwachten van de zorgaanbieder. Dit geeft niet alleen duidelijkheid voor de cliënt, maar kan ook helpen bij de keuze voor een zorgaanbieder.

Artikel 3

Definities rondom wachttijden

Bij de wachttijdpublicatie wordt onderscheid gemaakt tussen aanmeldings-wachttijd en behandelingswachttijd. De aanmeldingswachttijd is de wachttijd van het moment dat de cliënt contact opneemt met de zorgaanbieder voor een afspraak en de datum dat de intake plaatsvindt. Deze wachttijd moet actueel zijn. Dit houdt in dat de zorgaanbieder deze berekent aan de hand van het afsprakenregister. De zorgaanbieder moet zich bij de berekening dus de vraag stellen: ‘Als er nu een cliënt belt, wanneer kan deze dan terecht?’. De zorgaanbieder kiest dan niet de eerste mogelijkheid in de agenda, maar de derde mogelijkheid. De zorgaanbieder kiest de derde mogelijkheid om eventuele toevalstreffers, die een realistische wachttijd kunnen beïnvloeden (zoals onverwachte afzegging van een afspraak), te voorkomen.

De behandelingswachttijd is de wachttijd vanaf het moment van intake tot aan de start van de behandeling. Dit is voor alle behandelingen van de zorgaanbieder een gemiddelde van de afgelopen twee maanden. De behandelingswachttijd wordt alleen vermeld als hier sprake van is. Indien de zorgaanbieder (ook) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg levert en de wachttijden voor de behandeling van de hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert onderling verschilt moet dit worden vermeld. Hierbij is van belang dat in deze regeling met hoofddiagnosegroep van de cliënt de gestelde werkdiagnose wordt bedoeld. Reden voor deze nuancering is dat gedurende het zorgtraject de diagnose van de cliënt bijgesteld kan worden. Zie hiervoor ook de toelichting bij artikel 4 lid 1 sub b.

De daadwerkelijk gerealiseerde wachttijd kan voor een individuele cliënt anders uitpakken dan gepubliceerd. Er kunnen zich gebeurtenissen of omstandigheden voordoen die de wachttijd doen oplopen of verminderen. De gepubliceerde wachttijd is dan ook niet meer dan een zo realistisch mogelijke indicatie voor de cliënt hoe lang hij naar verwachting op de intake of behandeling zal moeten wachten.

Definities rondom het kwaliteitsstatuut

Door middel van het kwaliteitsstatuut wordt bewerkstelligt dat een zorgaanbieder de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk, levert. Onder andere het hele proces van verwijzing, aanmelding, intake, diagnostiek, behandeling, afsluiting en nazorg voor de individuele cliënt wordt hierin beschreven. De zorgaanbieder bevordert hiermee gepaste zorg.

In het openbare databestand van het Kwaliteitsinstituut wordt per 1 januari 2017 de status van het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder weergegeven (aanwezig of niet aanwezig). Voor registratie in het openbare databestand van het Kwaliteitsinstituut levert de zorgaanbieder het document aan bij een derde partij volgens een vastgesteld format. Op deze manier wordt de kwaliteit en eenduidigheid van de inhoud geborgd. Er is een format voor vrijgevestigden en een format voor instellingen. Beide formats zijn bij de kwaliteitsstandaard opgenomen en te vinden via www.zorginzicht.nl.

Artikel 4

Lid 1

In het eerste lid van dit artikel worden de elementen genoemd die de zorgaanbieder verplicht is te publiceren op de website. Deze elementen bestaan uit de wachttijdinformatie van de betreffende zorgaanbieder, algemene informatie over de treeknormen en de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling. Tabel 1 geeft een schematisch overzicht van de verplichtingen die volgen uit sub a t/m c. De wijze waarop de wachttijdinformatie wordt vormgegeven, is vrij voor de zorgaanbieder. Dit kan bijvoorbeeld in een tabel of schema, zolang alle verplichte elementen uit deze regeling worden gepubliceerd. De zorgaanbieder is ook vrij om meer uitleg of informatie over de wachttijden te publiceren.

De regeling sluit niet uit dat een zorgaanbieder de wachttijdinformatie niet publiceert op de eigen website, maar op die van een andere organisatie, bijvoorbeeld op de website van een organisatie waarbij de zorgaanbieder is aangesloten. De zorgaanbieder moet in zo'n geval op de eigen website vermelden dat de informatie over de wachttijden op de site van die andere organisatie te vinden is, bijvoorbeeld door het opnemen van een link. Ook de via een andere website gepubliceerde wachttijdinformatie moet aan deze regeling voldoen. De zorgaanbieder blijft daarvoor zelf verantwoordelijk.

Sub a

Iedere zorgaanbieder moet de aanmeldingswachttijd op de website vermelden. De wijze waarop deze aanmeldingswachttijd berekend wordt, staat vermeld onder de toelichting bij artikel 3. Indien deze wachttijd mede afhankelijk is van waar de cliënt verzekerd is, dan moet dit worden vermeld (zie hiervoor ook art. 4 lid 1 sub c).

Sub b

Indien er na de intake nog een wachttijd is voordat de behandeling van de cliënt kan starten, moet deze wachttijd worden vermeld. Is er *geen* behandelingswachttijd dan moet dit expliciet op de website te worden vermeld.

Voor een zorgaanbieder die (ook) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg levert geldt daarnaast nog het volgende: als de wachttijd voor behandeling van een specifieke hoofddiagnosegroep verschilt met de wachttijd voor behandeling van de andere hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert, dan moet de zorgaanbieder de wachttijd voor die specifieke hoofddiagnosegroep ook vermelden.[10] Er is sprake van een verschil als de wachttijd voor een behandeling van een hoofddiagnosegroep minimaal één week langer is dan de wachttijd voor de andere hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert. Is er *geen* verschil tussen de behandelingswachttijd van hoofddiagnosegroepen dan moet dit expliciet op de website worden vermeld.

Ook voor de behandelingswachttijd geldt dat als deze wachttijd mede afhankelijk is van waar de cliënt is verzekerd, dan moet dit expliciet worden vermeld (zie hiervoor ook art. 4 lid 1 sub c).

[10] Voorbeeld: een zorgaanbieder in de gespecialiseerde ggz behandelt alle hoofddiagnosegroepen en heeft een gemiddelde behandelingswachttijd van 12 weken, maar voor de behandeling van depressie is de behandelingswachttijd iets langer, namelijk 13 weken. De zorgaanbieder vermeld dan: 'de gemiddelde behandelingswachttijd bedraagt 12 weken. Voor de behandeling van depressie is de behandelingswachttijd 13 weken'.

Sub c

Indien de wachttijd mede afhankelijk is van waar de cliënt verzekerd is, dan moet dit worden vermeld. De situatie kan zich voordoen dat een cliënt van zorgverzekeraar X langer moet wachten dan een cliënt van zorgverzekeraar Y. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat het omzetplafond voor die zorgverzekeraar is bereikt. Een zorgaanbieder heeft veelal met meerdere zorgverzekeraars contractafspraken gemaakt. Als de wachttijd voor cliënten van een bepaalde zorgverzekeraar minimaal één week verschilt met de wachttijd voor cliënten van de andere zorgverzekeraars waarmee de zorgaanbieder een contract heeft dan moet dit vermeld worden op de website. Ook als de zorgaanbieder geen cliënten van bepaalde zorgverzekeraars (meer) aanneemt moet dit worden vermeld. De zorgaanbieder moet daarnaast vermelden dat deze specifieke cliënten contact op kunnen nemen met de zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar voor eventuele vragen en andere behandelmogelijkheden.

Wanneer de wachttijd niet afhankelijk is van waar de cliënt is verzekerd, moet de zorgaanbieder dit expliciet vermelden.

Tabel 1. Schematisch overzicht – wachttijden publicatie

Type wachttijd	Vermelden indien:	Differentiatie verplicht indien:
Aanmeldwachttijd (uitgedrukt in weken)	Altijd	Als de aanmeldwachttijd, tussen zorgverzekeraars waarmee de zorgaanbieder een contract heeft, onderling verschilt dan moet dit vermeld worden. Anders expliciet vermelden: de aanmeldwachttijd is niet afhankelijk van waar de cliënt is verzekerd.
Behandelingswachttijd (uitgedrukt in weken)	Indien de zorgaanbieder *geen* behandelingswachttijd heeft, moet dit expliciet worden vermeld.	N.v.t.
	Indien de zorgaanbieder *wel* een behandelingswachttijd heeft moet deze vermeldt worden op de website.	Als de zorgaanbieder (ook) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg levert én de wachttijden voor de behandeling van de hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert onderling verschilt, dan moet ook de wachttijd voor die specifieke hoofddiagnosegroep vermeld worden. Anders expliciet vermelden: de behandelingswachttijd verschilt niet tussen hoofddiagnosegroepen.
		Als de behandelingswachttijd, tussen zorgverzekeraars waarmee de zorgaanbieder een contract heeft, onderling verschilt dan moet dit vermeld worden. Anders expliciet vermelden: de aanmeldwachttijd is niet afhankelijk van waar de cliënt is verzekerd.

Sub e

De zorgaanbieder is verplicht om op de website waar de wachttijden gepubliceerd worden, te vermelden dat de cliënt eventueel contact op kan nemen met de zorgaanbieder, of de zorgverzekeraar kan vragen om wachtlijstbemiddeling. Wachtlijstbemiddeling is een taak van de zorgverzekeraar waar cliënten niet altijd van op de hoogte zijn.

De tekst die de zorgaanbieder moet plaatsen op de website is opgenomen in sub e. Hierin wordt ook verwezen naar de treeknormen in de ggz. Om voor de cliënt te kunnen afwegen of een wachttijd kort of lang is, moet er een ijkpunt zijn van wat aanvaardbaar is. Hiervoor zijn in de ggz de treeknormen opgesteld. Dit is een tijdigheidsnorm voor zorgverzekeraars waarbinnen de cliënten hun zorg moeten krijgen. Cliënten kunnen zelf kiezen om langer te wachten wanneer zij naar een specifieke aanbieder willen, maar de verzekeraars zijn verplicht de cliënt de mogelijkheid te bieden binnen de treeknorm zorg te krijgen. Het publiceren van de informatie over de treeknormen en wachtlijstbemiddeling draagt bij aan de keuze-informatie van de cliënt. Hiermee kan de cliënt de gepubliceerde wachttijden beter op waarde schatten.

Lid 5

Wachttijdinformatie moet aan de cliënt kenbaar gemaakt worden. Dit geldt ook als deze informatie wel op de website staat maar de cliënt de zorgaanbieder daar om verzoekt. Dit kan zich bijvoorbeeld voor doen wanneer de cliënt of verwijzer geen toegang heeft tot internet. Wanneer de zorgaanbieder geen website heeft dan wordt de wachttijdinformatie, zoals beschreven in dit artikel, mondeling of schriftelijk.

Artikel 5

De zorgaanbieder plaatst zijn kwaliteitsstatuut op zijn website. Om ervoor te zorgen dat iedere zorgaanbieder dezelfde inhoudelijke punten toelicht in zijn/haar kwaliteitsstatuut zijn veldpartijen, naast het model kwaliteitsstatuut ggz, twee formats overeengekomen (een format voor vrijgevestigden en een format voor instellingen). Zowel het model kwaliteitsstatuut als beide formats zijn als kwaliteitsstandaard opgenomen in het openbare register van het Kwaliteitsinstituut (als onderdeel van het Zorginstituut) en zijn op de website www.zorginzicht.nl gepubliceerd. Voordat het Kwaliteitsinstituut in haar openbare databestand registreert of een zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitsstatuut, wordt het kwaliteitsstatuut, conform het format, aangeleverd bij een derde partij. Doordat iedere zorgaanbieder deze route dient te bewandelen, wordt transparantie en consistentie in de inhoud van de kwaliteitsstatuten geborgd. Als iedere zorgaanbieder zijn/haar kwaliteitsstatuut inhoudelijk op dezelfde wijze, (d.w.z. conform het format) opstelt, dan komt dit de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de kwaliteitsstatuten ten goede en kan dit bijdragen aan de keuze-informatie voor de (potentiële) cliënt.

Het kwaliteitsstatuut moet aan een ieder kenbaar gemaakt worden. Dit geldt ook als het kwaliteitsstatuut wel op de website staat maar de cliënt of eenieder de zorgaanbieder daar om verzoekt. Dit kan zich bijvoorbeeld voor doen wanneer de cliënt geen toegang heeft tot internet. De zorgaanbieder verstrekt zijn kwaliteitsstatuut dan schriftelijk, bijvoorbeeld in de vorm van een brochure. Het zelfde geldt als de zorgaanbieder geen website heeft. Ook dan wordt desgevraagd het kwaliteitsstatuut schriftelijk verstrekt.